

# **REFERAT Udvalg for nære sundhedstilbud d. 03-04-2019**

**Mødedato** Onsdag d. 03. april 2019 kl. 13:15

**Mødested** Sambiosen, skyttestuen, Pillemarksvej 1, 8305 Samsø

## Indholdsfortegnelse

Godkendelse af ansøgninger til pulje til etablering af læge- og sundhedshuse.....	3
Annoncering af lægekapacitet Skjern #.....	6
Kommissorium og plan for borgerinddragelse på Tunø/Endelave #.....	8
Status på målbilledet for sundhedsområdet.....	9
Orientering om nyt akutnummer 113.....	12
Forslag om studietur for udvalg for nære sundhedstilbud.....	14
Gensidig orientering #.....	16

# Punkt 1: Godkendelse af ansøgninger til pulje til etablering af læge- og sundhedshuse

1-31-72-166-19

## Resume

Sundheds- og Ældreministeriet har ultimo januar 2019 offentliggjort anden runde af pulje til etablering af læge- og sundhedshuse. Puljen udgør i alt 800 mio. kr., og de første 200 mio. kr. blev udmøntet i 2018. Der er igangsat anden runde af udmøntningen, hvor der er udmøntet yderligere 207,6 mio. kr. Fristen for indsendelse af ansøgninger til puljen var den 20. marts 2019.

I samarbejde med kommuner og almen praksis er der udarbejdet ansøgninger til puljen. Region Midtjylland er administrativ projektejer på otte ansøgninger med et samlet budget på 44,851 mio. kr. Herudover er Region Midtjylland medansøger på to projekter samt har medsendt en interessetilkendegivelse i én ansøgning.

## Direktionen indstiller,

at ansøgninger til Pulje til etablering af læge- og sundhedshuse godkendes.

## Sagsfremstilling

### Pulje til etablering af læge- og sundhedshuse

Sundheds- og Ældreministeriet har ultimo januar 2019 offentliggjort anden runde af pulje til etablering af læge- og sundhedshuse. Puljen udgør i alt 800 mio. kr., og de første 200 mio. kr. blev udmøntet i 2018. Der er igangsat anden runde af udmøntningen, hvor der er udmøntet yderligere 207,6 mio. kr. Fristen for indsendelse af ansøgninger til puljen var den 20. marts 2019.

Hovedformålet med puljen er at medvirke til at understøtte bedre lægedækning i alle dele af landet samt medvirke til at styrke samarbejdet på tværs af faggrupper og aktører. Derudover skal puljen understøtte en modernisering af organiseringen af almen praksis, herunder i forhold til de nye opgaver, almen praksis skal varetage i henhold til overenskomstaftalen om almen praksis for 2018 samt de nye opgaver en omstilling af dele af det specialiserede sundhedsvæsen hen mod det nære sundhedsvæsen vil medføre.

Både regioner og kommuner er ansøgningsberettigede til puljen.

Regioner og kommuner kan søge i puljen om:

- Midler til etablering, renovering eller udbygning af moderne læge- og sundhedshuse, hvor alment praktiserende læger og evt. andre relevante faggrupper f.eks. speciallæger og kommunale sundhedstilbud arbejder sammen i større enheder.
- Midler til indkøb af nødvendigt udstyr/apparatur til varetagelse af behandlingsopgaverne i læge- og sundhedshusene.

Modsat første ansøgningsrunde i 2018 er det en betingelse, at der skal være almen praktiserende lægepraksis(ser) i til stede i huset eller sekundært være sikret et samarbejde med alment praktiserende læger, som således ikke nødvendigvis har til huse i læge- og sundhedshuset. Det er et vigtigt element at sikre en bedre lægedækning og den rette kvalitet i det nære sundhedsvæsen.

Herudover fremgår en række øvrige parametre, som vil blive lagt til grund for vurderingen af ansøgningerne. Det gælder blandt andet, at projekterne bidrager til øget sammenhæng og samarbejde, at læge- og sundhedshuse understøtter den samlede akutdækning og behovet for nære sundhedstilbud, at læge- og sundhedshuse muliggør og understøtter faglighed, fleksibilitet og tilgængelighed, og at der er adgang til relevant og tidssvarende udstyr i det nære sundhedsvæsen.

Af hensyn til den forholdsvis korte tidsfrist er ansøgningerne fremsendt til ministeriet med forbehold for regionsrådets godkendelse.

## Ansøgninger

Af Region Midtjyllands strategi for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen fremgår følgende tre hovedintentioner defineret i strategien, som administrationen har taget udgangspunkt i ved udarbejdelsen af ansøgninger:

- At sundhedshusene skal bidrage til sammenhæng og nærhed for borgerne.
- At de almene sundhedstilbud skal spille en central rolle i sundhedshusene, f.eks. kommunale forebyggelses- og sundhedstilbud, kommunale arbejdsmarkeds- og socialtilbud, praktiserende læger, andre praksisydere samt almene hospitalsfunktioner eksempelvis blodprøvetagning, røntgen, svangreomsorg.

- At mere specialiserede hospitalsydelse i sundhedshusene målrettes udvalgte grupper af patienter, med udgangspunkt i en populationsbaseret tilgang. Det kan betyde, at tilbud til udvalgte patientgrupper etableres nogle steder, men ikke alle, afhængig af det konkrete behov i lokalområdet. Den specialiserede viden kan indgå ved fysisk tilstedeværelse eller via telemedicin, afhængig af de konkrete forhold og muligheder.

Udvalg for nære sundhedstilbud drøftede på udvalgsmøde den 8. august 2018 kriterier for prioritering af ansøgninger til en kommende ansøgningsrunde. Disse kriterier er i overensstemmelse med Region Midtjyllands strategi for lægedækning:

- Genfremsendelse af ansøgninger for de projekter, som ikke fik finansiering eller blot delvis finansiering i første ansøgningsrunde, men dog udelukkende for projekter, hvor det handler om udvidelse eller nye lejemål til praktiserende læger/privatpraktiserende speciallæger.
- Projekter, der kan bidrage til at løse nuværende eller kommende lægedækningsudfordringer i regionen.
- At der sigtes efter en samlet ansøgningssum fra Region Midtjylland svarende til bloktilskudsandelen.

Region Midtjylland har fremsendt nedenstående ansøgninger (Region Midtjylland er administrativ projektejer):  
*Center for Sundhed Holstebro*

- Samarbejdskommune: Holstebro Kommune. Ansøgt om midler til hovedsageligt udstyr. Der er ansøgt om samlet 6,55 mio. kr.

#### *Grenaa Sundhedshus*

- Samarbejdskommune: Norddjurs Kommune. Ansøgt om midler til renovering af lokaler med henblik på indflytning af lægepraksis. Der er ansøgt om samlet 14 mio. kr.

#### *Vivild Lægehus*

- Samarbejdskommune: Norddjurs Kommune. Ansøgt om midler til opkøb og udbygning af Vivild Lægehus. Der er ansøgt om samlet 3,1 mio. kr.

#### *Samsø Lægehus samt Samsø Sundheds- og Akuthus*

- Samarbejdskommune: Samsø Kommune. Ansøgt om midler til udbygning af lægehus, renovering af sundheds- og akuthuset samt indkøb af udstyr. Der er ansøgt om samlet 2,836 mio. kr.

#### *Skive Sundhedshus*

- Samarbejdskommune: Skive Kommune. Ansøgt om midler til etablering og renovering af lokaler, bl.a. med henblik på en øre-, næse-, halslæge i huset samt indkøb af udstyr. Der er ansøgt om samlet 4,375 mio. kr.

#### *Skanderborg Sundhedshus*

- Samarbejdskommune: Skanderborg Kommune. Ansøgt om midler til renovering af lokaler med henblik på indflytning af flerlægepraksis. Der er ansøgt om samlet 3,1 mio. kr.

#### *Lemvig Sundheds- og Akuthus*

- Samarbejdskommune: Lemvig Kommune. Ansøgt om midler til etablering og renovering af lokaler, ombygning samt træningsfaciliteter. Der er ansøgt om samlet 10,7 mio. kr.

#### *Tunø og Endelave*

- Tunø og Endelave - ansøgt om midler til digitale lægekonsultationer. Der er ansøgt om samlet 0,19 mio. kr.

Der er samlet ansøgt om 44,851 mio. kr. til projekter, hvor Region Midtjylland er administrativ projektejer. Af vedlagte bilag fremgår en mere detaljeret oversigt over ansøgningerne, hvor Region Midtjylland er henholdsvis administrativ projektejer samt medansøger på.

Derudover er Region Midtjylland medansøger på nedenstående ansøgninger (det vil sige, at kommunen er administrativ projektejer):

#### *Lægehuset i Vorgod-Barde*

- Ringkøbing-Skjern Kommune. Ansøgt om midler til nyt og tidssvarende lægehus. Der er ansøgt om samlet 6,394 mio. kr.

#### *Ebeltoft Lægepraksis*

- Syddjurs Kommune. Ansøgt om midler til renovering af lægehuset i Ebeltoft. Der er ansøgt om samlet 3,783 mio. kr.

Region Midtjylland har endvidere givet sin interesselikendegivelse i en ansøgning fra Favrskov Kommune, hvor kommunen henvendte sig til Region Midtjylland. Den pågældende ansøgning omhandler bl.a. etablering af og udvidelse af sundhedshuse samt indkøb af videoudstyr, udstyr til undersøgelser og behandling samt udstyr til genoptræning og rehabilitering.

Da der har været tale om kort tid til at udarbejde ansøgninger og inddrage samarbejdsparter, herunder kommuner som medansøgere, er der ikke foretaget en prioritering på tværs af ansøgninger.

I forbindelse med udarbejdelse af ansøgningerne er der foretaget en vurdering af afledte driftsudgifter. Det er vurderingen, at eventuelt afledte driftsudgifter kan rummes indenfor nuværende driftsrammer. Såfremt regionen modtager puljemidler til de konkrete projekter, vil der ske yderligere kvalificering af projekterne inden igangsættelse.

Puljeopslaget, oversigt over ansøgninger samt de endelige ansøgninger til godkendelse er vedlagt.

## **Beslutning**

Udvalg for nære sundhedstilbud indstiller til forretningsudvalget,

at ansøgninger til Pulje til etablering af læge- og sundhedshuse godkendes.

John G. Christensen, Ulrich Fredberg, Mikkel Rasmussen og Lone Langballe var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## **Tidligere Politisk Behandling**

Sagen har været behandlet på møder i udvalg for nære sundhedstilbud henholdsvis den 6. februar og 13. marts 2019 samt på et ekstraordinært møde den 27. februar 2019.

Ligeledes har sagen været behandlet i psykiatri- og socialudvalget den 6. februar 2019.

## **Bilag**

Puljeopslag

Oversigt - Region Midtjylland ansøgninger (inkl. kommunal projektejer)

Ansøgning vedr. Center for Sundhed Holstebro

Ansøgning vedr. Grenaa Sundhedshus

Ansøgning vedr. Vivild Lægehus

Ansøgning vedr. Samsø Lægehus samt Samsø Sundheds- og Akuthus

Ansøgning vedr. Skive Sundhedshus

Ansøgning vedr. Skanderborg Sundhedshus

Ansøgning vedr. Lemvig Sundheds- og Akuthus

Ansøgning vedr. Endelave og Tunø

Ansøgning vedr. Lægehus i Vorgod-Barde (kommunal projektejer)

Ansøgning vedr. Ebeltoft Lægehus (kommunal projektejer)

## Punkt 2: Annoncering af lægekapacitet Skjern #

1-30-72-56-19

### Resume

Regionen skal sikre patientkapacitet til ca. 1.000 borgere, som efter 1. august 2019 ikke længere kan være tilmeldt Tinghuslægerne i Skjern. Udvalget orienteres om sagen, og de overvejelser, der ligger til grund for beslutningen.

Hvis lægekapaciteten skal fastholdes i Skjern by, vil det være nødvendigt at etablere en udbudsklinik eller en regionsklinik, da ingen læger er interesserede i at overtage kapaciteten i Skjern. Hvis lægekapaciteten annonceres, så den kan placeres i en radius af 15 km uden for Skjern, vil den kunne placeres i eksisterende praksis i Tarm eller Borris. Det betyder dog, at nogle borgere vil få betydeligt længere til lægen, end de har i dag.

Fordelene ved den kontinuitet i lægebetjeningen, som en lægepraksis drevet på overenskomstmæssige vilkår giver, skal vejes op mod fordelene ved den nærhed en udbuds- eller regionsdrevet lægepraksis i Skjern giver. Regionens strategi for lægedækning og Praksisplanen tilsiger, at kontinuitet i lægebetjeningen prioriteres højere end nærhed. Administrationen vil derfor annoncere lægekapaciteten, så lægehuse inden for 15 km fra Skjern kan overtage lægekapacitet og patienterne efterfølgende kan tilmeldes her.

### Direktionen indstiller,

at orienteringen om, at administrationen annoncerer en lægekapacitet til besættelse inden for en radius af 15 km fra Skjern, tages til efterretning.

### Sagsfremstilling

Tinghuslægerne i Skjern med fire lægekapaciteter har valgt at afgive en ubesat lægekapacitet til regionen med virkning fra 1. august 2019. Lægehuset har i dag 5.800 tilmeldte patienter, men ønsker fremover maksimalt at have 4.800 patienter svarende til minimum jævnfør overenskomsten.

Regionen skal finde en løsning for de resterende ca. 1.000 patienter, da der i øjeblikket ikke er patientkapacitet hos eksisterende praksis inden for en radius af 15 km. Lægekapaciteten har i marts 2019 været annonceret til besættelse i Skjern by. Der har ikke været interesse fra praktiserende læger.

Regionens Praksisplan tilsiger, at regionen skal stræbe efter at tilbyde borgerne kontinuitet og nærhed i lægebetjeningen, og hvis begge dele ikke er muligt, prioriteres kontinuitet over nærhed ("Praksisplan for almen praksis 2016"). Det er her opfattelsen, at kontinuitet sikres bedst hos en almen praksis frem for hos en udbuds- eller regionsklinik med ansatte læger.

Ifølge bekendtgørelse om valg og skift af praktiserende læge, skal regionen tilstræbe at tilbyde sine borgere valg mellem to lægepraksis inden for 15 km. I tilfælde hvor det ikke er muligt, må regionen dog tilbyde lægehuse længere væk end 15 km, så længe patienterne er sikret mulighed for sygebesøg. Med den overenskomst, som trådte i kraft i 2018, skal lægerne foretage sygebesøg ved behov, også hvis patienten bor længere væk end 15 km.

Regionen kan vælge mellem at fastholde, at en kommende lægepraksis skal drives i Skjern by, eller udvide annonceringen geografisk, så læger inden for en radius af 15 km fra Skjern kan byde ind på lægekapaciteten. Det vil inkludere lægepraksis i Tarm og Borris. Afgrænsningen skyldes bekendtgørelsens formulering om lægevalg inden for 15 km. Placeres kapaciteten i Borris vil nogle borgere syd og vest for Skjern få længere end 15 km til lægen. Nogle af disse vil dog kunne søge læge i Ølgod i Region Syddanmark, som vil ligge inden for 15 km afstand.

Dilemmaet i den konkrete sag er, at en prioritering af kontinuitet i lægebetjeningen højst sandsynligt vil medføre, at ikke alle 1.000 patienter vil kunne sikres en læge inden for 15 km. Desuden vil mange patienter få længere til lægen, end de har i dag. Prioriteres i stedet nærhedsprincippet, vil løsningen efter al sandsynlighed blive en udbudsklinik, drevet af en privat aktør, eller en regionsklinik. Begge vil, grundet det relative lave patienttal, formentlig blive en dyr løsning, og det kan blive vanskeligt at rekruttere læger hertil. Regionen risikerer, at der ikke er interesse fra private leverandører, og der dermed ikke kommer bud.

Fordele og ulemper ved de to løsningsmuligheder er forsøgt opsummeret i nedenstående skema.

	Fordele	Ulemper
Praksis skal ligge i Skjern	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nærhed for patienterne, der kan søge læge i samme by, som de har nu</li> <li>Borgerne syd og vest for Skjern bevarer et lægehus inden for 15 km</li> <li>Der skabes et alment lægeligt tilbud, som giver ekstra patientkapacitet til området.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ingen læger er interesserede, så praksis vil blive en udbudsklinik eller en regionsklinik</li> <li>Det bliver efter al sandsynlighed en "lille" lægepraksis med meget få patienter</li> <li>Praksis vil svare til en "solopraksis" med én læge</li> <li>Løsningen bliver dyr</li> <li>Det er ikke sikkert at der er leverandører, som vil byde på opgaven, og så må regionen selv drive klinikken</li> </ul>
Praksis kan ligge uden for Skjern	<ul style="list-style-type: none"> <li>Borgerne kan blive tilmeldt en praksis, drevet på almindelige vilkår</li> <li>Kontinuitet i lægebemandingen</li> <li>Billigste løsning</li> <li>Lægekapaciteten placeres i en eksisterende praksis, og bliver dermed ikke en "solopraksis"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De ca. 1.000 patienter, som må forlade deres nuværende læge i Skjern skal tilmeldes lægehus uden for Skjern</li> <li>Der vil være borgere vest for Skjern, som får længere end 15 km til lægen</li> </ul>

Det er administrationens vurdering, at regionen skal give mulighed for, at praksis kan drives fra eksisterende lægepraksis i en radius af 15 km fra Skjern. Det er derfor besluttet, at administrationen annoncerer en lægekapacitet til besættelse inden for en radius af 15 km fra Skjern. Ulemperne ved, at nogle borgere vil få længere end 15 km til lægen, opvejes af de fordele der er ved, at borgerne tilknyttes en almen praksis, drevet på overenskomst-mæssige vilkår. Ligeledes tæller de ulemper, der vil være ved en udbudsklinik med et forventeligt meget lavt antal tilmeldte patienter for at flytte praksis uden for byen.

Ud over at annoncere lægekapaciteten til eksisterende praksis i en radius af 15 km fra Skjern by, vil administrationen udskrive et sideløbende udbud af drift af lægepraksis, jævnfør regionens strategi for lægedækning. Dette for at sikre, at der under alle omstændigheder vil være et alment lægeligt tilbud til borgerne, også hvis der ikke er interesse fra omkringliggende læger. En eventuel udbudsklinik skal under alle omstændigheder oprettes i nye kliniklokaler, og derfor er det oplagt, at det er et krav i udbuddet, at praksis placeres i Skjern, hvor patienterne i dag er tilmeldt. Er der en læge, som byder på annonceringen annulleres udbuddet.

## Beslutning

Udvalg for nære sundhedstilbud tager orienteringen om, at administrationen annoncerer en lægekapacitet til besættelse inden for en radius af 15 km fra Skjern til efterretning.

John G. Christensen, Ulrich Fredberg, Mikkel Rasmussen og Lone Langballe var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## Bilag

Skjern - Borris 15 km radius

Områdeprofil Skjern

## Punkt 3: Kommissorium og plan for borgerinddragelse på Tunø/Endelave #

1-30-72-220-18

### Resume

På baggrund af regionsrådets beslutning af 30. januar 2019 om at igangsætte en borgerinddragende proces i arbejdet med at definere den fremtidige lægeløsning på Tunø og Endelave, er det blevet besluttet, at der skal nedsættes en arbejdsgruppe for hver enkelt ø. Administrationen ønsker at orientere udvalget om den igangværende proces, herunder arbejdsgruppens kommissorium og tidsplan for forløbet.

### Direktionen indstiller,

at orienteringen tages til efterretning.

### Sagsfremstilling

#### Baggrund

Regionsrådet drøftede på mødet den 30. januar 2019 lægedækningen på Tunø og Endelave og besluttede i den forbindelse, at den nuværende lægedækning på Endelave forlænges, så den kan fortsætte et år. I mellemtiden drøftes det i en arbejdsgruppe, bestående af repræsentanter for Beboerforeningen på Endelave, Horsens Kommune og Region Midtjylland, hvordan lægedækningen herefter kan tilpasses øens særlige forhold.

I forhold til Tunø besluttede regionsrådet, at lægedækningen i et år opjusteres til én dags tilstedeværelse om ugen, i stedet for den nuværende ene dag om måneden, samtidig med, at den særlige dækning i sommerperioden ophører. Sideløbende hermed nedsættes en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter for borgerne på Tunø, Odder Kommune og Region Midtjylland, som skal drøfte, hvordan lægedækningen på Tunø herefter kan tilpasses øens særlige forhold.

Indstillingen fra arbejdsgrupperne skal være fremsendt til Region Midtjylland i oktober 2019.

På baggrund af regionsrådets beslutning har administration påbegyndt arbejdet med at tilrettelægge arbejdsgrupperne, herunder udarbejdelse af et kommissorium for arbejdet.

#### Kommissorium

Administrationen har udarbejdet et kommissorium for arbejdet med lægedækningen på Tunø og Endelave. Kommissoriet er gældende for både arbejdsgruppen på Tunø og arbejdsgruppen på Endelave. Kommissoriet er vedlagt.

#### Økonomi for de fremtidige lægedækningsløsninger på Tunø/Endelave

Det fremgår af kommissoriet, at arbejdet med løsningsmodeller for den fremtidige lægedækning på Tunø og Endelave skal holde sig inden for den økonomiske ramme, gældende før den midlertidige opjustering af lægedækningen på Tunø. Den samlede ramme udgør 1,6 mio. kr. årligt, eksklusiv udgifter til de sygeplejefaglige tilbud på øerne. Denne ramme beror på, at den nuværende løsning på Endelave koster 1 mio. kr. årligt, mens den nuværende løsning på Tunø koster 600.000 kr. årligt.

Arbejdsgruppernes opgave, målsætning, deltagere og tidsplan fremgår af vedlagte bilag.

### Beslutning

Udvalg for nære sundhedstilbud tager orienteringen til efterretning, idet udvalget dog ønskede præciseret i kommissoriet, at der skal findes en ensartet løsning for de to øer. Herudover tilføjes, at såfremt det ønskes, kan der afholdes et præsentationsmøde med politisk repræsentation, når der kan præsenteres et løsningsforslag.

John G. Christensen, Ulrich Fredberg, Mikkel Rasmussen og Lone Langballe var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

### Tidligere Politisk Behandling

Forslag til den fremtidige lægedækning på Tunø og Endelave blev behandlet i udvalg for nære sundhedstilbud den 9. januar 2019, i forretningsudvalget 15. januar 2019 og i regionsrådet den 30. januar 2019.

### Bilag

Kommissorium for arbejdsgrupper, Tunø og Endelave

## Punkt 4: Status på målbilledet for sundhedsområdet

1-40-72-2-14

### Resume

Opfølgningen på målbilledet for sundhedsområdet giver et overblik over resultater for alle indikatorer i målbilledet og belægningssituationen.

### Direktionen indstiller,

at status for målbilledets indikatorer tages til efterretning, og

at belægningssituationen tages til efterretning.

### Direktionen indstiller, 1. april 2019, pkt. 9:

at status for målbilledets indikatorer tages til efterretning, og

at belægningssituationen tages til efterretning.

### Sagsfremstilling

Det regionale målbillede for sundhedsområdet består af en overordnet vision om "Et sundhedsvæsen på patientens præmisser", tre strategispor og otte mål. De enkelte mål er konkretiseret i en række indikatorer. Målbilledet er Region Midtjyllands måde at omsætte de nationale politiske mål for sundhedsområdet, som regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner indgik aftale om i foråret 2016. Derudover er målbilledet et resultat af det arbejde, der er pågået i Region Midtjylland de seneste år, hvor fokus har været på at koble aktivitet, økonomi og kvalitet i styringen af sundhedsvæsenet.

Efter ønske fra hospitalsudvalget vedlægges en belægningsrapport med de gennemsnitslige belægningsprocenter for 4. kvartal 2018.

I opfølgningen på målbilledet vises udviklingen på indikatorerne for regionen samlet set og for de enkelte hospitalsenheder. På de fleste indikatorer er udviklingen uændret, men på enkelte indikatorer er der skabt fremgang i den seneste periode. Efter en længerevarende indsats er det lykkedes at nedbringe antallet af patienter, der udsættes for bæltefiksering i psykiatrien. Antallet af færdigbehandlingsdage er et andet område med positiv udvikling. Resultaterne for den korrigerede udredningsret er fortsat på et relativt højt og stabilt niveau. Derimod er der tilbagegang i andelen af patienter, som udredes indenfor 30 kalenderdage.

#### *Kræftpakker*

Den seneste nationale monitorering for 4. kvartal 2018 viste en tilbagegang i overholdelsen af kræftpakkerne i Region Midtjylland. Derfor holder direktionen i den kommende tid månedlige task force-møder med hospitalerne for at bringe målopfyldelsen tilbage på et højt og stabilt niveau. På de månedlige møder sættes der særligt fokus på lungekræft, og der bliver i forbindelse med møderne holdt regional audit med deltagelse af relevant klinisk personale.

#### **Fokusindikatorer**

Som led i opfølgningen på målbilledet er det besluttet, at der hvert år udpeges et antal fokusindikatorer. Fokusindikatorerne følges særligt tæt lokalt på de enkelte hospitaler, i relevante ledelsesfora og i regionsrådet, og der forventes tydelige forbedringer på indikatorerne. Herunder gives der en status på fokusindikatorerne, som var gældende i 2018:

#### *Forebyggelige indlæggelser*

Det er endnu ikke lykkedes at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+). Niveauet har set over en længere periode været uændret på alle hospitaler. I 4. kvartal 2018 er der et relativt lavt niveau, men med en stigning i december måned. Dette er dog forventeligt og afspejler sæsonudsving i indlæggelser med luftvejssygdomme. Antallet af forebyggelige indlæggelser med de øvrige diagnoser er meget stabilt og afspejler langt hen ad vejen hospitalernes størrelse. Det betyder også, at hospitalernes niveau ikke direkte kan sammenlignes.

Forbedringer på dette område afhænger af et stærkt samarbejde og fælles initiativer mellem hospitaler, kommuner og praksissektor. Forebyggelige indlæggelser er af samme årsag en del af sundhedsaftalen mellem regioner og kommuner, og det er vedtaget som et fokusområde i det tværsektorielle sundhedskoordinationsudvalg.

Sundhedskoordinationsudvalget følger udviklingen tæt og sørger for, at indsatserne forankres i klyngesamarbejdet. Dette sker blandt andet ved, at klyngerne videndeler og løbende fremlægger deres arbejde med at skabe forbedringer på området.

Det har for nyligt vist sig, at der er forskellig praksis for registrering på akutafdelingerne. Dette har afgørende betydning for niveauet af forebyggelige indlæggelser på hospitaler og i kommuner, og er den primære forklaring på, at enkelte kommuner skiller sig positivt ud i en sammenligning. Det skal bemærkes, at overgangen til LPR3 og en ny definition af forebyggelige ophold gør, at den forskelligartede registrering ikke får samme betydning fremadrettet.

#### *Bæltefiksering*

Antallet af unikke patienter, der bæltefikseres i psykiatrien, har som nævnt været faldende i 2018, hvilket resulterer i en grøn pil for psykiatrien. I somatikken ses endnu ikke den samme positive udvikling, men de mange forbedringstiltag forventes også at skabe resultater i somatikken. I løbet af 4. kvartal 2018 blev 117 unikke patienter samlet set bæltefikseret en eller flere gange. Dette er lavere end i sammenligningsperioden fra 2011-2013, hvor 145 patienter blev bæltefikseret pr. kvartal. Der er vedlagt en supplerende oversigt over udviklingen i de samlede tvangsforanstaltninger.

Baggrunden for den seneste udvikling er en række ledelsesmæssige tiltag, som er blevet iværksat over det seneste år, herunder arbejde med forhåndstilkendegivelser, faglige reviews og eftersamtaler, fælles casegennemgang mellem somatik og psykiatri, forbedringsteams i alle afdelinger og faste månedlige driftsmøder, hvor udviklingen i anvendelsen af tvang drøftes.

#### *Kliniske Kvalitetsdatabaser*

Fra de Kliniske Kvalitetsdatabaser er der udpeget fokusindikatorer fra to databaser:

##### 1. Databasen for Akutte Hospitalskontakter

Den udvalgte indikator fra databasen måler, om de akutte patienter hurtigt ses af en speciallæge. I Region Midtjylland har akutafdelingerne en målsætning om, at patienterne bliver set af en speciallæge inden for en time og får lagt en behandlingsplan inden for fire timer. Der er endnu ikke valide data til rådighed for indikatoren, men der er blevet udviklet mobil IT, der er sat i fuld drift hen over efteråret. Det vil hjælpe klinikerne med dokumentation, herunder med registrering af, om patienten er set af en speciallæge inden for en time.

##### 2. Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud

De udvalgte fokusindikatorer fra denne database måler, hvor hurtigt patienter med hofte- og lårbensbrud ses og vurderes af en speciallæge med henblik på at få lagt en præoperativ optimeringsplan, samt om patientgruppen mobiliseres inden for 24 timer efter operationen. Ved præoperativ optimering forstås, at patienten er gennemgået, vurderet og optimeret for operativ risiko af en relevant speciallæge. Mobilisering sker, når patienten selvstændigt eller assisteret er ude af sengen til siddende stilling, stående stilling eller gang.

Resultaterne fra databasen viser, at 75 % af patienterne med hofte- og lårbensbrud bliver set af en speciallæge inden for fire timer. På flere hospitaler ligger niveauet tæt på 90 %, mens Regionshospitalet Horsens og særligt Hospitalsenhed Midt skiller sig ud med et noget lavere niveau. Når det gælder mobilisering efter operationen, viser resultaterne, at 87 % af patienterne blev mobiliseret inden for 24 timer i 4. kvartal 2018. Den fagligt begrundede standard er for begge indikatorer fastsat til 90 %.

#### *Udredningsret*

Efter en periode med markante forbedringer på udredningsretten er udviklingen stagneret, og i de seneste måneder er niveauet faldet en smule, når man ser på andelen af patienter, der udredes inden for 30 kalenderdage. Andelen af patienter, der udredes eller modtager en relevant udredningsplan inden for 30 dage, er dog fortsat på et højt og stabilt niveau. I 4. kvartal 2018 blev den korrigerede udredningsret overholdt for 87 % af patienterne. I psykiatrien og på Hospitalsenhed Midt og Hospitalsenheden Vest er andelen over 90 %. På Aarhus Universitetshospital ligger niveauet noget lavere end på de andre hospitaler og har været faldende i den seneste periode. Udflytningen til Aarhus Universitetshospital under fælles tag påvirker målopfyldelsen for udredningsretten, idet de pågældende afdelingers ambulatorier måtte lukke ned for planlagte patienter i 2-5 dage i forbindelse med selve flytningen. Det er aftalt, at målopfyldelsen på Aarhus Universitetshospital følges tæt på månedlige møder mellem hospitalsledelsen og direktionen for at forbedre resultaterne.

#### *Patientinddragelse*

Region Midtjylland er kommet langt med ambitionen om en større patientinddragelse. Andelen af patienter, som føler sig inddraget i behandlingen, har været stigende mellem 2014 og 2018. Det samme gælder på alle hospitaler, hvilket må ses som udtryk for, at langt de fleste patienter føler sig inddraget i deres behandling. Det kan yderligere tilføjes, at somatiske patienter i Region Midtjylland oplever en større inddragelse, end det er tilfældet på landsplan.

Der indgår også tal om inddragelse og tilfredshed i psykiatrien, og for første gang er det muligt at se en udvikling i psykiatriens resultater. Resultaterne viser en lille stigning i både tilfredshed og patientinddragelse for gruppen af børn og unge. For voksenpsykiatrien er der derimod tale om en faldende oplevelse af patientinddragelse, mens tilfredsheden er stort set uændret. I en sammenligning med resten af landet svarer de psykiatriske patienter fra Region Midtjylland lidt mindre positivt på de to spørgsmål, end patienterne på landsplan gør.

Når tallene i bilaget viser, at patienterne i Børne- & Ungepsykiatrien oplever mindre inddragelse og tilfredshed, end de voksne patienter, kan forklaringen være, at de indlagte patienter i Børne- & Ungepsykiatrien besvarer spørgeskemaet, mens de stadig er indlagte, mens de voksne patienter svarer efter udskrivelse. Patienterne er derfor forskellige steder i deres behandlingsforløb, hvilket kan påvirke besvarelsene.

### **Overgang til nyt landspatientregister (LPR3)**

Som følge af den igangværende overgang til det nye landspatientregister (LPR3) er regionen i en periode uden løbende data for indikatorerne i målbilledet. Der er etableret midlertidige early-warning-lister på de vigtigste områder, men det må forventes, at omstillingen også kommer til at påvirke hospitalernes resultater på målbilledets indikatorer. Dertil kommer, at der på flere indikatorer vil komme et databrud omkring overgangen til LPR3, så der ikke meningsfuldt kan ses på udviklingen i data hen over denne periode. Der er endnu ikke klarhed over, hvornår der igen er løbende data til rådighed på indikatorerne. Danske Regioner er i dialog med ministeriet omkring regionernes håndtering af perioden uden data i forhold til at kunne efterleve patientrettigheder og de nationale mål for sundhedsvæsenet.

### **Beslutning**

Udvalg for nære sundhedstilbud indstiller til forretningsudvalget,

at status for målbilledets indikatorer tages til efterretning, og

at belægningsituationen tages til efterretning.

John G. Christensen, Ulrich Fredberg, Mikkel Rasmussen og Lone Langballe var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

### **Bilag**

Målbillede, opfølgning 4. kvartal 2018

Regionsoverblik - belægning 4. kv. 2018

Udvikling i tvangsforanstaltninger i Region Midtjylland

## Punkt 5: Orientering om nyt akutnummer 113

1-30-72-65-17

### Resume

Danske Regioners bestyrelse har den 30. august 2018 godkendt etableringen af et fælles akutnummer 113 for ikke-livstruende akut sygdom i Danmark. I første fase af implementeringen kommer akutnummer 113 først og fremmest til at erstatte de lokale lægevagtsnumre, Giftlinjen mv., mens kommunale akuttilbud og den psykiatriske rådgivningslinje mv. forventes at blive integreret med tiden.

Regionerne har i fællesskab udarbejdet arbejdsskitse og organisering samt foreløbig tidsplan og budget i forbindelse med indførelse af et nationalt fælles akutnummer, som nu fremlægges for regionsrådet.

I Region Midtjylland er der nedsat en projektgruppe med deltagelse af diverse relevante aktører, herunder Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Projektgruppen har til opgave at udarbejde et oplæg til politisk beslutning om implementering af akutnummer 113 i Region Midtjylland, herunder komme med forslag til organiseringen af opgaven, beskrive de økonomiske konsekvenser mv. Regionsrådet vil blive orienteret om arbejdet igen i forbindelse med budgetprocessen for 2020.

### Direktionen indstiller,

at orientering om indførelse af nationalt fælles akutnummer 113 tages til efterretning.

### Direktionen indstiller, 1. april 2019, pkt. 13:

at orientering om indførelse af nationalt fælles akutnummer 113 tages til efterretning.

### Sagsfremstilling

Et fælles akutnummer er ét blandt 24 initiativer, som skal medvirke til at forbedre den akutte indsats. De fem regioner har i samarbejde beskrevet det fælles akutnummer.

Akutnummer 113 bliver en fælles indgang for borgere, der har brug for hjælp ved akut ikke-livstruende sygdom. Akutnummer 113 erstatter ikke 112, som fortsat skal anvendes ved akut alvorlig sygdom, ulykker og livstruende situationer.

I udspillet er det fælles akutnummer beskrevet således:

"Ingen skal være i tvivl om, hvordan de får hjælp, hvis de er blevet akut syge eller er kommet til skade. Derfor opretter regionerne ét landsdækkende og døgnåbent akuttelefonnummer, der tager hånd om alle borgere i hele Danmark."

Det fremgår herudover blandt andet, at akutnummer 113 "... på sigt også skal kunne visitere til akutte kommunale indsatser som fx besøg af det kommunale akutteam, der måske kan forebygge en genindlæggelse eller en tid på et hospitalsambulatorium eller hos egen læge den næste dag"

#### *Fælles arbejdsskitse i regionerne*

Regionernes arbejdsskitse for etablering af det fælles akutnummer fremgår af bilag 1.

Af arbejdsskitzen fremgår, at det fælles akutnummer i aften- og nattetimer vil fungere som én indgang for alle akutte – ikke-livstruende tilstande, både ved sygdom og skade. Via det fælles akutnummer vil borgerne komme i kontakt med den regionale aktør, som er relevant i det pågældende tilfælde, og som har opgaven med at visitere og yde sundhedsfaglig rådgivning i disse akutte forløb (lægevagt eller akuttelefon). Det forudsættes, at teleudbyderen kan levere en teknisk løsning, hvormed borgeren automatisk kommer i kontakt med den region, som han/hun fysisk befinder sig i. I dagtid vil det fælles akutnummer også fungere, men her som et supplement til den indgang, der er for ikke-livstruende, akut sygdom og skade i de enkelte regioner. Det betyder, at egen læge fortsat er indgangen for akut – ikke-livstruende sygdom i alle regioner i dagtid, og at akuttelefonen er indgangen ved akut skade i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Syddanmark samt at egen læge i dagtid fortsat er indgangen i forbindelse med akut skade i Region Nordjylland og Region Midtjylland. Det fælles akutnummer kan dog i alle regioner også kontaktes døgnet rundt, og derfra kan man blive guidet videre/viderestillet til rette tilbud.

Med implementering af det fælles akutnummer, er det hensigten, at 113 på sigt ikke bare skal være omdrejningspunktet for indgangen til akuttilbuddene på hospitalerne, tandpinevagten, giftlinjen m.v., men også til kommunale akuttilbud, ligesom ordningen på sigt kan rumme muligheden for booking af subakut den efterfølgende dag hos egen læge. Det er udgangspunktet, at fase 1 beskrives, iværksættes og evalueres, før det beslutes, hvilke

eventuelle udvidelser som det fælles akutnummer skal suppleres med (fase 2). Dog har Region Midtjylland et ønske om at integrere den psykiatriske rådgivningslinje i akutnummer 113.

### **Økonomi, organisering og tidsplan**

Der er fortsat en del usikkerhed omkring økonomien i projektet. Dette hænger dels sammen med, at der endnu ikke er indgået aftale med en leverandør af den tekniske løsning, dels at det ikke er afklaret, hvordan betjening af det fælles akutnummer skal tilrettelægges.

Overordnet set forventes der at blive udgifter til en fælles projektorganisation, opstart af konceptbeskrivelse i forhold til kommunikationsdelen samt opstartsomkostninger til leverandør. Når det fælles akutnummer er implementeret, skønnes udgifterne på nationalt niveau til it mv. at blive i størrelsesordenen 4,4-4,5 mio. kr., dog noget højere i starten, hvor der også vil være udgifter i forbindelse med, at der skal indgås aftale med de øvrige teleudbydere på markedet. Der er dog endnu ikke indhentet konkrete tilbud, og den platform, der skal understøtte løsningen, er endnu kun under udvikling. Det er derfor vanskeligt at give et præcist bud på, hvad den endelige udgift bliver.

Som udgangspunkt er der lagt op til, at de samlede fælles udgifter fordeles efter bloktilskudsnøglen. Da den mere præcise model for organisering af ordningen ikke er beskrevet endnu, er der heller ikke skønnet på udgifter til hverken lokal 113 organisation eller lokale udgifter til informationskampagne

Foreløbigt budget kan ses i bilag 4.

I bilag 3 fremgår endvidere den foreløbige tidsplan for etableringen af den fælles akutnummer. Tidsplanen er i høj grad afhængig af, hvornår det er muligt at få en teknisk løsning i forhold til telefonsystem leveret. Der pågår aktuelt de indledende drøftelser herom, og så snart en leveringsdato er på plads, vil tidsplanen blive opdateret. Udgangspunktet er indtil videre, at det fælles akutnummer etableres ved årsskiftet 2019/2020.

Arbejdet med at etablere det fælles akutnummer sker i et tæt samarbejde mellem de fem regioner. Region Nordjylland har påtaget sig det nationale projektlederskab. I bilag 2 ses organiseringen af arbejdet.

I tillæg til den nationale organisering vil der i hver region blive udpeget en regional projektleder, som får til ansvar at lede og koordinere indsatsen i den enkelte region.

### **Lokal organisering**

I Region Midtjylland er processen forankret i Koncernøkonomi. Der er udpeget en regional projektleder og nedsat en projektgruppe med deltagelse af diverse relevante aktører, herunder Praktiserende Lægers Organisation.

Projektgruppen vil komme med forslag til lokal organisering af opgaven, herunder beskrive de økonomiske konsekvenser. Projektgruppen udarbejder oplæg til politisk beslutning om implementering af beslutningen i Region Midtjylland. Regionsrådet vil blive orienteret om arbejdet igen i forbindelse med budgetprocessen for 2020, jævnfør nedenfor.

### **Politisk proces**

Arbejdet med at etablere det fælles akutnummer følges løbende i Danske Regioners bestyrelse og i Danske Regioners sundhedsudvalg. Herudover er der planlagt en koordineret politisk proces i de fem regioner. Processen indbefatter denne orientering og tilsvarende orienteringer af regionsrådene i de øvrige regioner. Herudover er der planlagt en politisk beslutningsproces, når det fælles akutnummer er endeligt beskrevet, herunder økonomiske og driftsmæssige konsekvenser i den enkelte region. Det tilstræbes, at denne politiske stillingtagen planlægges i forhold til budgetprocesserne i de fem regioner.

### **Beslutning**

Udvalg for nære sundhedstilbud indstiller til forretningsudvalget,

at orientering om indførelse af nationalt fælles akutnummer 113 tages til efterretning.

John G. Christensen, Ulrich Fredberg, Mikkel Rasmussen og Lone Langballe var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

### **Bilag**

Arbejdsskitse til hvordan et fælles akutnummer skal fungere

Projektkommissorium for implementering af fælles akutnummer

Tidsplan for implementering af et fælles akutnummer

Økonomi i forbindelse med implementering og drift af fælles akutnummer

## **Punkt 6: Forslag om studietur for udvalg for nære sundhedstilbud**

0-9-11-18

### **Resume**

Der fremlægges forslag til studietur til Holland for udvalg for nære sundhedstilbud fra den 19. november til 22. november 2019. Formålet med studieturen er at indsamle viden og erfaringer fra det hollandske sundhedsvæsen til det kommende arbejde med sundhedsaftale og praksisplan.

### **Direktionen indstiller,**

at forslaget om studietur for udvalg for nære sundhedstilbud godkendes, og

at budget for studieturen godkendes.

### **Sagsfremstilling**

Udvalg for nære sundhedstilbud planlægger studietur til Utrecht, Holland i perioden tirsdag 19. november til fredag 22. november 2019. Afrejse planlægges efter mødet i forretningsudvalget tirsdag.

Udvalget har som overordnet formål at være med til at sikre en sammenhængende indsats på tværs af alle sundhedsvæsenets sektorer. Det betyder, at udvalget skal være med til at udvikle og styrke samarbejdet med kommuner og almen praksis samt undersøge og afdække problemstillinger og udfordringer inden for det nære sundhedsvæsen.

Den hollandske sundhedsmodel bygger på et tæt udbud af sundhedstilbud i det nære sundhedsvæsen og på hospitalsområdet og betegnes som et af de dyreste sundhedsvæsen i EU.

Siden 2000 har Holland haft to store reformer om sundhedsforsikring og kronikerområdet. I 2006 etablerede Holland et privat konkurrencereguleret forsikringsmarked. Det betyder, at alle indbyggere er forpligtet til at købe forsikringspolicer, som dækker en på forhånd defineret forsikringspakke. Samtidig er forsikringsselskaberne forpligtet til at acceptere alle ansøgere. Regeringen fungerer som supervisor på sundhedsforsikringsområdet assisteret af organer, som kontrollerer pris, kvalitet og fair konkurrence på markedet.

I 2015 kom der en større reform på kronikerområdet for at stabilisere udgifterne og sikre patientcentreret behandling. Kommunerne overtog socialområdet med et reduceret budget ud fra betragtningen om, at et lokalt organiseret sundhedstilbud ville være mere effektivt. Private forsikringsselskaber overtog ansvaret for behandling i eget hjem med distriktssygeplejersker, som spiller en nøglerolle i det integrerede sundhedsvæsen.

Et af formålene med studieturen vil være at høre om det tværsektorielle samarbejde i Holland efter reformen på kronikerområdet samt om den hollandske model for behandlingssygeplejersker og deres samarbejde med praktiserende læge og hospital.

Der er udarbejdet et programudkast, som er vedlagt. Der tages forbehold for ændringer, da der ikke er foretaget bestillinger eller lavet endelige aftaler inden regionsrådets godkendelse af studieturen.

### **Deltagere**

Deltagere på studieturen vil være medlemmerne af udvalg for nære sundhedstilbud (ni personer) samt medarbejdere fra administrationen. Derudover ønsker udvalget at invitere udvalgsmedlemmer fra henholdsvis Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget med på studierejsen med henblik på at styrke det tætte samarbejde med kommuner og praktiserende læger om udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Dette med ønsket om at indhente inspiration og erfaringer til det videre arbejde med at implementere sundhedsaftalen.

### **Budgetoverslag**

Administrationen har udarbejdet nedenstående budgetoverslag og forslag til transportform. Der tages forbehold for ændringer, da flybilletter og hotel mv. endnu ikke er bestilt.

Budgetoverslaget er udarbejdet for udvalgets ni medlemmer samt i alt tre yderligere regionsrådsmedlemmer fra Praksisplanudvalget og Sundhedskoordinationsudvalget. Kommunerne finansierer egne udvalgsmedlemmers deltagelse. Der søges om Kvalitets- og Efteruddannelsesmidler til deltagelse af PLO-medlemmer.

<b>Rejse med fly t/r (3 overnatninger)</b>	<b>Pris pr. person</b>	<b>I alt (12 deltagere)</b>
<b>Transport</b>		
Fly tur/retur Billund - Amsterdam	kr. 2.100,00	
Transfer fra lufthavn til hotel retur	kr. 140,00	
Leje af bus til udflugter	kr. 800,00	
<b>Transport i alt</b>	<b>kr. 3.040,00</b>	<b>kr. 36.480,00</b>
<b>Kost og logi</b>		
Hotel inkl. morgenmad (3 nætter)	kr. 1.025,00	
Forplejning	kr. 2.400,00	
<b>Kost og logi i alt</b>	<b>kr. 3.425,00</b>	<b>kr. 41.100,00</b>
<b>Øvrigt</b>		
Øvrige udgifter (gaver, lokal transport mm.)	kr. 1.500,00	
<b>Øvrigt i alt</b>	<b>kr. 1.500,00</b>	<b>kr. 18.000,00</b>
<b>Samlet pris</b>	<b>kr. 7.965,00</b>	<b>kr. 95.580,00</b>

Afrejse Billund tirsdag kl. 18.40. Ankomst Amsterdam kl. 19.55.

Hjemrejse fredag kl. 16.45, ankomst Billund kl. 17.50

Alle poster er med forbehold for ændringer, idet der ikke er foretaget endelige reserveringer.

Der er endvidere indhentet tilbud på transport til Utrecht med henholdsvis bus og tog. Begge transportformer vil tage ca. 12 timer. Budget pr. deltager vil være 8.225 kr., hvis der vælges tog. Der skal påregnes 2-3 skift undervejs og ankomst kl. ca. 05 onsdag morgen ved afrejse fra Aarhus tirsdag kl. ca. 17.30. Hvis der vælges bus som transportform, vil budget pr. deltager være 6.425 kr. Ankomst tidligt onsdag morgen ved afrejse tirsdag eftermiddag.

Afrejse er planlagt til at foregå efter mødet i forretningsudvalget tirsdag den 19. november 2019.

## **Beslutning**

Udvalg for nære sundhedstilbud indstiller til forretningsudvalget,

at forslaget om studietur for udvalg for nære sundhedstilbud godkendes, og

at budget for studieturen godkendes.

John G. Christensen, Ulrich Fredberg, Mikkel Rasmussen og Lone Langballe var forhindrede i at deltage i sagens behandling.

## **Bilag**

Udkast til program for studietur til Holland

## **Punkt 7: Gensidig orientering #**

1-00-7-18

### **Sagsfremstilling**

Gensidig orientering.

### **Beslutning**

Administrationen orienterede om følgende:

Aktuelle lægedækningsager.

Projekt Medicinposen, hvor udvalget tilsluttede sig, at det i regi af Sundhedskoordinationsudvalget undersøges, om der sammen med kommunerne kan ske en udbredelse af medicinposen.

Indsats på Aarhus Universitetshospital vedrørende sårbare patienter i forlængelse af budgetforliget, som vil blive forelagt udvalget som en sag på et senere møde.

John G. Christensen, Ulrich Fredberg, Mikkel Rasmussen og Lone Langballe var forhindrede i at deltage i sagens behandling.